



Pós-Graduação em
**Atenção Básica
em Saúde da Família**



HELGA LARIZZA ROSA GOMEZ

**PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS DA ESF
CABECEIRA DO APA EM PONTA PORÃ-MS**

**CAMPO GRANDE / MS
2015**

HELGA LARIZZA ROSA GOMEZ

**PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS DA ESF
CABECEIRA DO APA EM PONTA PORÃ-MS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito para
obtenção do Certificado de Pós-
Graduação, do Curso de Pós-
Graduação em Saúde da Família da
Universidade Federal do Mato Grosso
do Sul.

Orientadora: Profª Rejane
Kodjaoglanian Cardoso

**CAMPO GRANDE / MS
2015**

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Maria e Hugo, por sua capacidade de acreditar em mim.
Sem o suporte deles não teria conseguido chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de estar realizando este trabalho.

À toda a equipe e usuários da ESF Cabeceira do Apa, que contribuíram imensamente para o meu crescimento profissional e humano.

EPÍGRAFE

“Inúmeras condições explicam a ocorrência de hipertensão de difícil controle. Em muitos pacientes, no entanto, o problema básico é a falta de adesão ao tratamento.”

*(Castro MS, Fuchs
FD)*

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica tem uma alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. É um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e estas são responsáveis por altas taxas de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados tanto para as famílias quanto para os serviços de saúde. O trabalho em questão foi executado no ESF Cabeceira do Apa, zona rural da cidade de Ponta Porã/MS. Consiste em um projeto de intervenção cuja população alvo foram os hipertensos da unidade. Tendo como objetivo maior a melhora dos níveis pressóricos e comorbidades desses pacientes. Através de medidas simples e abrangentes conseguiu-se alcançar esta meta. As principais ações executadas foram o aumento do número de consultas, as reuniões de HIPERDIA em conjunto com a atividade física ao ar livre. Os resultados mostraram que, apesar do pouco tempo do desenvolvimento das ações, conseguiu-se colher frutos positivos, inclusive com redução do risco cardiovascular de alguns pacientes.

Palavras-Chave: Hipertensão. Projeto de intervenção. Exercício físico.

ABSTRACT

Hypertension has a high prevalence and low control rates. It is considered one of the major modifiable risk factors and one of the most important public health problems. It is one of the main risk factors for cardiovascular disease and these are responsible for high rate of hospitalization, resulting in high medical and socioeconomic costs for both families and health services. The work in question was performed at ESF Night Apa, rural town of Ponta Pora / MS. It consists of an intervention project whose target population were hypertensive unit. With the major objective the improvement of blood pressure and comorbidities of these patients, through simple and comprehensive measures we were able to achieve this goal. The main actions taken were increasing the number of consultations, the HIPERDIA meetings together with physical activity outdoors. The results showed that, despite the short time the development of actions, positive results could be collected, including reducing cardiovascular risk in some patients.

Keywords: Hypertension. Intervention project. Physical exercise.

SUMÁRIO

1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	07
1.1 INTRODUÇÃO.....	07
1.2 OBJETIVO GERAL	09
1.3 OBJETIVO ESPECÍFICO	09
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA	10
3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	12
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
5. REFERÊNCIAS.....	19
ANEXO	21
APÊNDICES.....	23

ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente à alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo e à alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.¹ É considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle.²

O processo demográfico de envelhecimento de nossa população, evidenciado através da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) de 1997 a 1999, implica em um incremento futuro na incidência e prevalência das doenças crônico-degenerativas, entre elas as doenças cardiovasculares.³ Estima-se que a hipertensão arterial atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano.⁴

No Brasil, as doenças crônicas têm custos sociais e econômicos crescentes. Nas regiões metropolitanas, as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares são mais altas que na população norte-americana. No país como um todo, estas doenças determinam um terço de todas as mortes e são a principal causa de gastos com a assistência médica. Além disso, a sua distribuição na população é marcada por diferenças sociais.⁵

A identificação de vários fatores de risco para hipertensão arterial, tais como a hereditariedade, a idade, o gênero, o grupo étnico, o nível de escolaridade, o status socioeconômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo e o uso de anticoncepcionais orais muito colaboraram para os avanços na epidemiologia cardiovascular e, consequentemente, nas medidas preventivas e

terapêuticas dos altos índices pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos .⁶

Deste modo, a intervenção não-farmacológica presta-se ao controle dos fatores de risco e às modificações no estilo de vida, a fim de prevenir ou deter a evolução da hipertensão arterial.⁷ Têm sido apontada na literatura pelo baixo custo, risco mínimo e pela eficácia na diminuição da pressão arterial. Entre tais intervenções estão: a redução do peso corporal, a restrição alcoólica, o abandono do tabagismo e a prática regular de atividade física.⁸ São conhecidos também os efeitos de uma dieta saudável (rica em frutas e vegetais e pobre em gordura) sobre o comportamento dos níveis pressóricos.⁹ Recentemente vêm sendo, também, associados o consumo de potássio, cálcio e magnésio, os quais atenuariam o progressivo aumento dos níveis pressóricos com a idade.¹⁰

O tratamento anti-hipertensivo tem como principal objetivo reduzir a morbidade e mortalidade cardiovasculares.¹¹ Apesar da sua efetividade, a hipertensão arterial é pouco controlada. Estudos no nosso meio mostraram que, aproximadamente, um terço dos pacientes estava com a pressão arterial controlada.¹²

Quando não tratada adequadamente, a hipertensão arterial pode acarretar graves consequências a alguns órgãos alvos vitais. Uma das dificuldades encontradas no atendimento a pacientes hipertensos é a falta de aderência ao tratamento.¹³ Segundo Lessa (1998), 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tipo de tratamento e dentre aqueles que o fazem, poucos têm a pressão arterial controlada. Entre 30 a 50% dos hipertensos interrompem o tratamento no primeiro ano e 75%, depois de cinco anos.¹⁴ Dentre as políticas públicas para o controle da doença hipertensiva, a educação em saúde tem sido apontada como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento.¹⁵

A HAS é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente.¹⁶ Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes

hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada. No entanto, parcela importante da população adulta com hipertensão não sabe que é hipertensa; e muitos dos que sabem não estão sendo adequadamente tratados.¹⁷ Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.¹⁶

Estudos epidemiológicos de base populacional são fundamentais para se conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento por hipertensão no país e os fatores e condições que influenciam a dinâmica desses padrões de risco na comunidade. A identificação dos maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, de estratégias de controle efetivas e combinadas com educação comunitária e monitoramento-alvo dos indivíduos de alto risco contribuíram para uma queda substancial na mortalidade, em quase todos os países desenvolvidos.¹⁸

Sendo assim, a falta de controle da pressão arterial é um desafio para os profissionais de saúde. Vários fatores interferem na adesão ao tratamento.¹⁹ Dentre eles destacam-se o conhecimento do paciente sobre a doença e o seu comportamento frente à tomada dos remédios.²⁰ A partir dos dados evidenciados, pode-se inferir a grande relevância do tema em questão e a importância em seu controle e conscientização da população acometida.

1.2 Objetivo Geral

- Aumentar o número absoluto de pacientes hipertensos assistidos pelo ESF Cabeceira do Apa em Ponta Porã/MS em controle da doença.

1.3 Objetivos Específicos

- Diminuir o risco cardiovascular dos hipertensos de responsabilidade do ESF Cabeceira do Apa em Ponta Porã/MS;
- Minimizar os nós críticos vividos pela população hipertensa do ESF Cabeceira do Apa em Ponta Porã/MS;

- Avaliar a adesão dos pacientes ao tratamento antes e depois da aplicação deste Projeto de Intervenção.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

Em poucos meses de trabalho no ESF Cabeceira do Apa, em Ponta Porã-MS, já foi possível perceber que a grande responsável pelo insucesso do tratamento dos hipertensos estava na inadequação do mesmo - a má adesão é extremamente significativa. Outro fator que corrobora muito para o insucesso é o uso isolado de remédios naturais, que dificulta ainda mais a conduta médica. Em se tratando de uma ESF de zona rural, isso é de constante ocorrência. Neste momento, é papel do profissional de saúde alertá-los de que somente este tratamento não é capaz de medicá-lo como deve, sendo necessário o uso da medicação corretamente.

O projeto de intervenção (PI) foi aplicado entre os meses de agosto de 2014 até abril de 2015, com os hipertensos já diagnosticados. É importante frisar que a ESF foi fundada recentemente e a avaliação e levantamento de dados do SIAB ainda não está completamente disponível. Atualmente estão sendo acompanhados pela equipe 150 hipertensos.

Foram incluídos nas ações do projeto todos os pacientes hipertensos, controlados ou não, cadastrados no ESF Cabeceira do Apa, em Ponta Porã-MS. Ao projeto foram incluídos também pacientes que tinham o diagnóstico de diabetes, seja do tipo I ou II. Foram excluídos do PI todos os pacientes da área de abrangência do ESF em questão que não tinham o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Os resultados do PI foram levantados através da comparação e análise do impacto das ações comunitárias, prontuários, consultas feitas pela médica e pela enfermagem e visitas dos ACS.

Foram colhidos dados como: melhora dos índices da pressão arterial, redução do risco cardiovascular, assiduidade dos pacientes aos programas oferecidos, perda de peso, melhora da qualidade de vida, dentre outros quesitos.

O PI foi construído e desenhado por toda a equipe, por quem foi executado. Consistiu em uma série de ações que podem modificar a vida dos pacientes, assim como a gravidade da HAS.

A primeira ação descrita consiste no aumento do número de consultas, feitas de maneira efetiva, fazendo *screening* correto para hipertensão arterial sistêmica, no intuito de diagnosticar todos os hipertensos de abrangência da área, que ficou desassistida nos últimos anos. Esta ação também foi estendida aos diabéticos. Dessa maneira, além de aumentar o número de diagnósticos, possivelmente o controle dessas patologias poderá ser feito de maneira mais eficaz.

Outra ação implantada foi a atividade física ao ar livre, às quartas e sextas-feiras, às 9h da manhã, com o auxílio da professora de educação física, médica e todos os ACS. Os dois últimos fizeram a captação de hipertensos e diabéticos, através das visitas domiciliares, assim como nas consultas ou idas à unidade, convidando a população alvo para tal ação. O ponto de encontro foi na praça da comunidade, onde serão executados exercícios de alongamentos orientados pela professora de educação física.

Também se pensou em implantar na ESF uma horta comunitária, de uso de todos que fazem parte da área de abrangência do ESF. Um dos problemas evidentes na comunidade é a distância existente até a cidade e a falta de transporte público, o que compromete a alimentação dessa população que tanto necessita. Assim, cogitou-se a construção da horta, no intuito de melhorar a qualidade da alimentação de todos da comunidade. Temos na proximidade da unidade alguns terrenos ociosos, e com o auxílio da comunidade e da prefeitura de Ponta Porã, executou-se mais essa ação com sucesso.

A quarta e última ação foram as reuniões de HIPERDIA, que contemplaram tanto os pacientes hipertensos quanto os diabéticos, no intuito de fazer com que os mesmos compreendessem o que se passa com seus corpos, e a partir daí alimentassem a consciência do tratamento correto. Foram ministradas aulas por diferentes profissionais no decorrer do tempo, como nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, médica e enfermeiro, cada um abordando o que há de mais importante em suas respectivas áreas de atuação. Como evidencia a revisão literária, a informação/conscientização trazida a esses pacientes faz crescer neles o desejo pela mudança de estilo de vida,

como atividade física regular, melhora da alimentação, cessação do tabagismo e etilismo, dentre várias outras coisas.

Acredita-se que tais medidas sejam o pontapé inicial para um maior controle de hipertensão arterial sistêmica, assim como um aumento do número de diagnósticos no ESF Cabeceira do Apa. As ações escolhidas são simples, de fácil execução e espera-se que sejam de grande aplicabilidade.

3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A aplicação do projeto começou a ser realizada no mês de agosto de 2014 no ESF Cabeceira do Apa em Ponta Porã – MS, por todos os membros da equipe, ou seja, aqueles que participaram da construção do PI.

A execução foi iniciada com o aumento do número de consultas. A agenda da unidade foi otimizada, de forma que às terças-feiras se atende, além da demanda espontânea, os portadores de doenças crônicas - em especial os hipertensos. O agendamento dessas consultas é feito através das visitas domiciliares, as quais são utilizadas para busca ativa desses pacientes para, além de agendar consultas, convocar para a ação da atividade física e da horta comunitária.

Com essas medidas, conseguiu-se um aumento de 27,3% nos atendimentos aos hipertensos e fez-se 7 novos diagnósticos. Como já explicitado, a unidade teve fundação recente e a comunidade ainda não possui o costume de recorrer a este atendimento. Dos 150 hipertensos alocados na unidade em questão, 82 passaram por atendimento médico na unidade durante o período estudado.

A atividade física ao ar livre teve início no dia 17/09/14, quarta feira, às 9h, no galpão da Igreja Nossa Senhora Perpétuo Socorro. Dos 150 hipertensos, estiveram presentes 19, em sua totalidade idosos, que se exercitaram com o auxílio da professora de educação física da escola da comunidade. Foi bastante interessante o entusiasmo da população ao fazer algo tão diferente. Na sexta feira, 19/09/14, já totalizavam 25 participantes. Este número foi ascendente na próxima semana e voltou a cair, sendo 16 os hipertensos que se fizeram presentes em quase todas as reuniões. O intuito dessa atividade é que esses pacientes entendam a importância da atividade física para sua saúde e possam incluir este hábito em sua atividade de vida diária.

Outra ação que foi alvo dos esforços da equipe foi a implantação da horta comunitária, que infelizmente foi em vão até o momento. Apesar da

presença de áreas ribeirinhas não utilizadas, não conseguimos o necessário para dar início ao projeto. A prefeitura disponibilizou as sementes e adubos para a primeira plantação, porém, o terreno ainda não foi doado. Além disso, a irrigação da horta tem dificultado bastante. Esta atividade, apesar de bastante eficaz, não foi efetiva.

Em se tratando da ação do HIPERDIA, esta vem sendo executada mensalmente por diferentes profissionais, passando aos pacientes diferentes mensagens sobre o mesmo tema: efetividade do cuidado/tratamento com o hipertenso e diabético. Nesse momento, há a tentativa de conscientizar a população alvo sobre o que é a doença, sobre os riscos enfrentados por eles, sobre as complicações da patologia, como preveni-la, como tratar-se corretamente, dentre vários outros pontos. Tem sido feitas aulas básicas, usando linguagem simples, demonstrando pontos básicos dos temas propostos.

Foram feitas reuniões na varanda da unidade, local arejado, com sombra, bastante agradável. A primeira reunião ocorreu no dia 20/10/14, às 15h, com os hipertensos da comunidade, ocasião na qual estiveram presentes 37 hipertensos, sendo explanado o tema “O que é hipertensão?”, que ficou sob responsabilidade da médica. Em novembro de 2014, foi realizada uma nova reunião que ficou também sob responsabilidade da médica, com o tema “Como prevenir a HAS?”, quando estiveram presentes 34 pacientes. Em dezembro de 2014, a reunião ficou aos cuidados do fisioterapeuta, com o tema “Exercício físico e HAS”, na qual houve presença de 31 pacientes. Em janeiro de 2015 foi a vez da nutricionista, com o tema “Alimentação do hipertenso”, estando presentes 36 hipertensos. Em fevereiro de 2015, junto a 32 pacientes, o tema foi “Tratamento adequado da HAS”, feita pela médica da unidade. Em março de 2015 o tema abordado foi “Consequências da HAS”, ministrada novamente pela médica, contando com a presença de 31 pacientes.

Dos 27 pacientes que participaram pelo menos por uma vez da atividade física na praça, 16 eram assíduos. Destes, todos retornaram para consulta médica. Foi feita anamnese e exame físico completo, e assim foi possível comparar dados pregressos e atuais. Destes 16 pacientes, 31,2% seguiram nossas recomendações e estavam fazendo outra atividade física, dentre elas ciclismo e caminhadas. Também 18,75% deles conseguiram perder peso, e

destes, 66,6% associaram o exercício físico e a alimentação adequada, como recomendavam as palestras. Houve redução do Risco Global segundo escore de Framingham em 2 dos 16 (12,5%), sendo que destes, 100% estavam incluídos em todas as ações do projeto.

Dos 41 hipertensos que assistiram as palestras de HIPERDIA por pelo menos 1 vez, teve-se a oportunidade de acompanhar 26 deles, que retornaram em consulta. Desses, 76,9% acolheram pelo menos 1 das várias orientações recebidas, estando 100% deles satisfeitos com as mudanças, dizendo se sentir melhor. Entretanto, houve somente 11,5% de redução do Risco Global segundo escore de Framingham.

Dos 82 pacientes hipertensos aos quais teve-se contato através das consultas, 56 deles não apresentavam controle da pressão arterial anteriormente, sendo que 33,9% alcançaram controle e 100% destes estavam inseridos em pelo menos uma ação do nosso projeto. Do total de pacientes atendidos, 26 estavam com controle de pressão arterial anteriormente, sendo que 1 deles regrediu ao descontrole.

Desta forma, demonstra-se que, apesar dos percalços enfrentados, conseguiu-se recolher alguns resultados, sendo em sua maioria positivos. Almeja-se cada vez mais abranger este PI, objetivando colher frutos cada vez mais animadores.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do projeto foi realizada efetivamente durante cerca de nove meses e, apesar do pouco tempo, conseguiu-se colher frutos positivos, como a redução do risco cardiovascular, perda de peso e controle da HAS.

As grandes dificuldades enfrentadas são em relação ao tratamento inadequado por parte dos hipertensos, com prática de automedicação ou uso de remédios caseiros. Quanto a isso, durante as reuniões de hiperdia tais fatos foram discutidos e todos foram orientados. Foi sugerido aos pacientes que fizessem o uso simultâneo das medicações, a fim de não ir contra uma cultura instaurada há anos. Além disso, a farmácia da unidade nem sempre está completa, o que dificulta muito o tratamento, por se tratar de uma população carente. Com relação a isto, tentou-se diálogo com a prefeitura, a fim de manter a farmácia bem abastecida.

Tendo em conta os resultados obtidos, pode-se concluir que faltava aos hipertensos o conhecimento e o incentivo para o cumprimento de um tratamento adequado. No entanto, o resultado do projeto mostra também que há a dificuldade de adesão da população a qualquer tipo de atividade desse porte.

Portanto, o projeto de intervenção (PI) implementado remete primordialmente à importância de se ter efetivamente viabilizada uma rede de assistência em saúde que, considerando a visão biopsicossocial, atenda à população de um modo integral. Os resultados, quando analisados, são bastante positivos, o que torna sua execução de fundamental importância a esta população, pois pode proporcionar a mudança do destino de vários deles.

REFERÊNCIAS

1. WILLIAMS B. The year in hypertension. JACC 2010; 55(1): 66–73.
2. MACMAHON S, PETO R, CUTLER J. Blood pressure, stroke and coronary heart disease: effects of prolonged differences in blood pressure-evidence from nine prospective observational studies corrected for dilution bias. Lancet 1995;335:765-74
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Datasus. Informações de Saúde. Dados obtidos via internet “[http://: www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)”
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório técnico da campanha nacional de detecção de suspeitos de diabetes mellitus. Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, Ministério da Saúde; 2001.
5. CHOR, D.; FONSECA, M. J. M. F.; ANDRADE, C. R.; WAISSMANN, W. & LOTUFO, P. A., 1995. Doenças cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil. In: Os Muitos Brasis – Saúde e População na Década de 80 (M. C. S. Minayo, org.), pp. 57- 86, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco.
6. PETRELLA RJ. Lifestyle approaches to managing high blood pressure – new Canadian guidelines. Can Fam Physician 1999; 45:1750-5
7. SHOJI VM, FORJAZ CLM. Treinamento físico da hipertensão. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2000; 10:7-14.
8. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51
9. SACKS FM, SVETKEY LP, VOLLMER WM, APPEL LJ, BRAY GA, HARSHA D ET AL. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. N Engl J Med 2001;344:3-10.
10. KOTCHEN pressure: interactions with other nutrients. Am J Clin Nutr 1997;65(Suppl):708S-11S. TA, Kotchen JM. Dietary sodium and blood
11. JOINT NATIONAL COMMITTEE ON PREVENTION, DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE, 6,

- Bethesda, MD, 1997. Report. Bethesda, MD, National Institute of Health, 1997. NIH Publication, 98-4080
12. FUCHS FD, FUCHS SC, MOREIRA LB, ET AL. Grau de conhecimento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população de Porto Alegre. *Hipertensão* 2001, 4(supl):9
 13. CAR MR, PIERIN AMG, AQUINO VLA. Estudo sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. *Rev Esc Enferm USP* 1991;25:259-69.
 14. LESSA I, colaborador. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco; 1998.
 15. RABELO SE, PADILHA MJCS. A qualidade de vida e cliente diabético: um desafio para cliente e enfermeira. *Texto Contexto Enferm* 1999;8:250-62.
 16. FUCHS FD. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN BB, SCHMIDT MI, GIUGLIANI ERJ, ET AL. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.641-56.
 17. TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):885-895, 2004
 18. REDDY KS, YUSUF S. Emerging epidemic of cardiovascular diseases in developing countries. *Circulation* 1998;97:596-601.
 19. PIERIN AMG, MION JR D, FUKUSHIMA J, PINTO AR, KAMINAGA M. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. *Rev Esc Enf USP* 2001; 35:11-8.
 20. MORISKY DE, GREEN LW, LEVINE DM. Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24:67-73

ANEXO.





APÊNDICE

ANÁLISE SITUACIONAL

Trabalho na ESF Cabeceira do Apa, situada na cidade de Ponta Porã. Trata-se de um município brasileiro do estado do Mato Grosso do Sul. Está localizado na Mesorregião do Sudoeste de Mato Grosso do Sul e Microrregião de Dourados e constitui uma área conurbada internacional com a cidade Pedro Juan Caballero, capital do departamento de Amambay, no Paraguai.



A origem de Ponta Porã começa com a formação de um povoado denominado inicialmente Punta Porá, que surgiu dentre os campos de Erva-mate. Antes da Guerra do Paraguai, Ponta Porá era apenas uma região deserta no interior do Paraguai habitada somente por algumas tribos de índios, como os Nhandevas e os Caiuás, descendentes do povo Guarani, que viviam em harmonia com a natureza, caçavam, coletavam frutos e pescavam, além do cultivo de pequenas roças. Em 1872, após o fim da Guerra do Paraguai, houve a fixação da região fronteira do Brasil com o Paraguai, no qual também constavam os respectivos limites com o Brasil, e que segundo Hélio Vianna, respeitava os convênios da época colonial e reivindicava ao Brasil somente as

terras já ocupadas ou exploradas por portugueses e brasileiros. A partir daí a região de Ponta Porã passa a ser possessão territorial brasileira. Em 1900, Ponta Porã torna-se Distrito de Bela Vista. Em 18 de julho de 1912 foi criado o Município de Ponta Porã, deixando de ser distrito de Bela Vista. No ano seguinte foi instalado o município e toma posse seu primeiro Prefeito, Ponciano de Matos Pereira. Em 1943, o Presidente Getúlio Vargas cria o Território Federal de Ponta Porã, tendo como capital a cidade de Ponta Porã e formado também por outros municípios vizinhos. Em 1946 o território é extinto. Em 1977 é criado o estado de Mato Grosso do Sul, a qual Ponta Porã faz parte atualmente. A fronteira entre Paraguai e Brasil é seca, e fica a um quarteirão na nossa unidade de saúde.

A cidade está distante 1 346 km de Brasília, a capital federal, e 324 km de Campo Grande, capital do estado, e ligada por meio de rodovias federais que dão acesso aos Estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Mato Grosso.

A população do município é de mais de 80 mil habitantes e possui uma boa rede hoteleira, tanto do lado brasileiro como do paraguaio. A economia do município está voltada para a agricultura e pecuária. A lavoura é uma das pujantes do território nacional produzindo, principalmente, soja, trigo e milho. A cidade também ficou com o 376º maior potencial de consumo (IPC Marketing) entre todas as cidades brasileiras em 2014, com índice de 0,036% e no estado ficou em quinto.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Ponta Porã é considerado alto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), sendo seu valor 0,701 em 2010, o 21º maior entre os 79 municípios de Mato Grosso do Sul e o 1866º maior entre os 5560 municípios do Brasil. A cidade atualmente é administrada pelo prefeito Ludimar Godoy Novais e vice Sonia Cintas, sendo o secretário de saúde Dr. Eduardo Santos Rodrigues.

A ESF Cabeceira do Apa, portadora do CNES 2361019, fica na zona rural de Ponta Porã, aproximadamente 80km, foi reformulada somente ano passado, quando a Dra Helga Larizza Rosa Gomez, vinculada ao programa Mais Médicos, foi trabalhar na região. A unidade abrange atualmente uma população de cerca de 1600 pessoas, totalizando mais de 300 famílias

cadastradas, divididas em dois assentamentos, o Boa Vista e o Aba da Serra, e a zona rural, Cabeceira do Apa, sendo a primeira composta por 153 famílias, a segunda por 131 famílias, e a terceira por 280 pessoas.

A unidade conta com vários profissionais, dentre eles 3 ACS, 2 técnicos de enfermagem, 1 enfermeira, 1 médica, 1 recepcionistas, 2 motoristas, 1 serviços gerais.

SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Trata-se de uma população bastante miscigenada em relação à renda, sendo a maioria de baixa renda e escolaridade relativamente alta. Existe uma clara dicotomia entre essa população, na qual há famílias que vivem com comodidade e saneamento básico adequados e outras que vivem com esgoto a céu aberto, terrenos baldios sujos, pessoas de baixa renda e escolaridade.

A maior dificuldade enfrentada é a resistência da população em cumprir corretamente o tratamento, e posteriormente retorna a unidade com complicações da doença de base não tratada. Essa realidade é ainda mais explícita quando se trata das doenças crônicas, como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. As enfermidades mais prevalentes na nossa unidade são, além da HAS e DM, as parasitoses, as lombalgias, obesidade, doenças osteoarticulares e vulvovaginites.

Existe, nessa população, a necessidade de conscientização da importância do seguimento e tratamento correto das doenças, assim como os prejuízos trazidos pela automedicação e uso de ervas naturais, práticas bastante comuns na região.

Por tratar-se de uma ESF nova, de fundação recente, ainda não há dados cadastrais e epidemiológicos corretos colhidos pelo SIAB, sendo, portanto, difícil a aquisição de dados pregressos.





